

<初診・再診受付票>

No. _____

フリガナ:		性別: 男・女	介護保険証: 有・無
氏名:		住所: 〒 _____	
生年 月日	T・S・H 年 月 日	電話番号:	
		携帯番号:	
身長	_____ cm	体重	_____ kg

<問診票>

- 1) 本日は主にどんな症状で来院されましたか。
[_____]
- 2) その症状はいつから始まりましたか。 今朝・昨日・__日前
- 3) 持病はありますか。 いいえ・はい
(病名: _____)
- 4) 現在飲んでいる薬はありますか。 いいえ・はい
(薬の名前: _____)
- 5) アレルギーはありますか。 いいえ・はい
(_____)
- 6) 大きな病気での入院や、手術した経験はありますか。 いいえ・はい
(入院や手術の内容: _____)
- 7) 輸血した経験はありますか。 いいえ・はい
- 8) 血のつながった親戚で持病のある人はいますか。 いいえ・はい
(病名: _____)
- 9) 【女性の方】現在、妊娠していますか。 いいえ・疑いあり・はい
- 10) その他 _____
(_____)

<当院の診療に関する説明>

医療における様々な検査や治療では、ある一定の割合で副作用や合併症が起こります。これは人間一人一人の体質等も異なるため、完全にゼロにすることは不可能だと言われています。また体質の個人差以外に、施工される検査や治療に関して「医療の不確実性」というものが存在するため、その効能効果を100%享受できる訳ではありません。

しかしながら、当院の医療スタッフは専門家として、責任を持って医療水準にかなったベストな治療方針を患者様に提案し、何故それを選択するのか、その益害を十分説明して、患者様に納得していただけるよう努力致します。患者様と情報を共有し、合意に基づいて治療法を決定することを約束します。患者様の自己決定に委ねるかどうかは医師の判断で行い、患者様の自己決定権を保証します。

医療法人淳康会 堺近森病院 院長

私は、以上の内容を読み納得したので、貴院で検査・治療を受けることを承諾します。

年 月 日

署名 _____